

# ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Мацуганова Т.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Дисплазия соединительной ткани – группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Генетическая неоднородность данной патологии определяет широкий диапазон ее клинических вариантов – от известных генных синдромов (Марфана, Элерса-Данлоса) до многочисленных недифференцированных форм с мультифакториальными механизмами развития. Термин «дисплазия соединительной ткани» предложил Р. Beighton в 1983 году. В XXI столетии это научное направление продолжает активно развиваться [1,3]. Соединительная ткань берет начало из эмбриональной основы, называемой мезенхимой. Многообразные ее элементы входят в состав хрящевой, костной ткани, крови, лимфы, подкожного жира, радужки и склеры, выступают в качестве каркаса в мышцах, сосудах, нервной системе. Она составляет более 50% массы человеческого тела и выполняет в организме многочисленные функции: трофическую, оксигенирующую, защитную, опорную, механическую, гомеостатическую, структурообразующую. Всеобъемлющее распространение соединительной ткани в организме человека обуславливает системность поражения при ее патологии, в том числе репродуктивной системы, что, по-видимому, не может не отразиться на течении беременности и родов [1, 2, 3].

**Цель.** Изучить частоту фенотипических проявлений неспецифической дисплазии соединительной ткани (нДСТ) у беременных и провести сравнительный анализ течения беременности при наличии и отсутствии фенотипических признаков синдрома нДСТ.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 227 историй родов женщин, родоразрешенных в роддоме БСМП г. Витебска. В соответствии с классификацией Э.В.Земского [3], из общей группы пациенток были отобраны те, у которых имелись фенотипические признаки синдрома нДСТ (основная группа). Остальные женщины составили группу контроля. Для обработки полученных данных использовали пакет прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0, модуль Basic Statistics/Tables, Nonparametrics. Достоверность различий оценивалась по  $\chi^2$ . Значимыми считались различия при  $P < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Из 227 женщин фенотипические признаки синдрома нДСТ были выявлены у 126 (56%). Возраст беременных колебался от 19 лет до 41 года (Me=28лет). Первородящих было 46 (37%),

повторнородящих – 80 (63%). Среди фенотипических признаков нДСТ нами были выявлены следующие: со стороны органов зрения – миопия различной степени тяжести – у 61 (48,4%) женщины; со стороны нижних конечностей – варикозное расширение вен – у 21 (16,7%); сердечно-сосудистой системы – пролапсы клапанов, ложные хорды, аневризма межпредсердной перегородки – у 16 (12,7%); желудочно-кишечного тракта – склонность к воспалительным заболеваниям слизистых оболочек желудка и кишечника – 7 (5,6%); мочевыделительной системы – нефроптоз – у 4 (3,2%); репродуктивной системы – аномалии развития матки – у 4 (3,2%); иммунный дисбаланс – частые ОРВИ, наличие очагов хронической инфекции – у 8 (6,3%); вегетативной нервной системы – соматоформная дисфункция и синкопальные состояния – у 11 (8,7%). По одному фенотипическому признаку синдрома нДСТ выявлялось у 105 женщин (83,3%), по два – у 16 (12,7%), по три – у 5 (4,0%).

Результаты анализа течения беременности у женщин с фенотипическими проявлениями нДСТ представлен в таблице 1.

**Таблица 1. Осложнения во время беременности при синдроме нДСТ**

<b>Осложнения беременности</b>	<b>нДСТ</b>	<b>Контроль</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Генитальные инфекции	104 (82,5 %)	83 (82,2%)	P=0,000
Экстрагенитальные острые инфекции	30 (23,8 %)	7 (6,9 %)	P=0,000
ОРВИ	65 (64,4 %)	60 (47,6 %)	P=0,000
Многоводие	30 (23,8%)	9 (8,9 %)	P=0,000
Угроза прерывания беременности	52 (41,3 %)	42 (40,6 %)	P=0,004
ИЦН	10 (8,6 %)	-	-
Ранний токсикоз	-	10 (9,9 %)	-
Анемия	65 (51,6 %)	25 (24,8)	P=0,0002
Преэклампсия	10 (7,9 %)	3 (3,0 %)	P=0,0000
ФПН, ХГП	35 (27,8)	20 (19,8 %)	P=0.000

Из данных, представленных в таблице 1, видно, что у женщин с проявлениями синдрома нДСТ беременность достоверно чаще осложняется генитальными и экстрагенитальными инфекциями многоводием, анемией, угрозой прерывания беременности, ИЦН, преэклампсией. ФПН, ХГП.

### **Выводы.**

1. Фенотипические признаки синдрома неспецифической дисплазии соединительной ткани встречаются у 55,5% беременных женщин.

2. Наиболее частыми фенотипическими признаками синдрома неспецифической дисплазии соединительной являются миопия (48,4%), варикозное расширение вен нижних конечностей (16,7%), малые аномалии сердца (12,7%), нарушения функции вегетативной нервной системы (8,7%), проявления иммунного дисбаланса (6,3%).

3. У женщин с фенотипическими признаками синдрома неспецифической дисплазии соединительной ткани чаще отмечается осложненное течение беременности, что проявляется высокой частотой

генитальных и экстрагенитальных инфекций, многоводия, анемии, угрозы прерывания беременности, ИЦН, ФПН, ХГП.

#### **Литература:**

1. Дисплазия соединительной ткани / под ред. Т. И. Кадуриной, В. Н. Горбуновой. – СПб. :Элби, 2009. – 714 с.

2. Козина, О. В. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О. В.Козина // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 66-69.

3. Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани. Рос. нац. рекомендации / под ред. Э. В. Земцовского. – М., 2009. – 66 с.

### **УЗКИЙ ТАЗ: ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Мацуганова Т.Н., Бресский А.Г., Колбасова Е.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Узкий таз является одной из актуальных проблем акушерства, так как от его размеров зависит возможность рождения плода через естественные родовые пути, а при несвоевременной диагностике роды при узком тазе создают опасность для матери и плода [1,2,3].

**Цель.** Провести анализ особенностей строения анатомически узкого таза в современных условиях и методов родоразрешения женщин с различными формами узкого таза.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 90 историй родов женщин, которым выставлен диагноз анатомически узкого таза, родоразрешенных в роддоме БСМП г.Витебска Узкий таз диагностировался на основании данных наружной пельвиометрии и измерения диагональной конъюгаты. При проведении анализа мы исходили из определения, что анатомически узкий таз – это таз, у которого укорочены один или несколько размеров на 2 см и более, и классификации часто встречающихся форм узкого таза [1,3]. Диагноз общеравномерносуженного таза выставлялся тогда, когда все размеры таза (D. Spinarum, D. Cristarum, D. Trochanterica, C. Externa) были укорочены на одну и ту же величину; простого плоского таза – при укорочении прямых размеров таза (наружной конъюгаты и прямого размера плоскости выхода) и нормальных поперечных; плоскорахитического – при увеличении D.

Spinarum и приближении ее по размеру к D. Cristarum и укорочении C. Externa. Для диагностики поперечносуженного таза, наряду с измерением наружных размеров (укорочение только поперечных размеров, в большей мере D. Trochanterica, и при разнице между D. Spinarum и D. Cristarum 2 см),